

**臺灣大學腦磁圖儀器使用申請書(教學用)**

* 使用中心儀器進行教學課程請於每次上課前請依規定提出申請，預約無實驗時段進行，並依規定繳費，若因課程安排無法配合，可至會議室改由影片或簡報介紹及參觀行為實驗室。
* 申請教學課程使用如需實際進行實驗操作，請先知會操作員。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| (教學課程專用版本) | 申請日期： | 年 | 月 | 日 |
| **申請單位** |  |
| **負責人** | 姓名 |  | 聯絡電話 |  |
| 職稱 |  | 電子郵件 |  |
| **聯絡人** | 姓名 |  | 聯絡電話 |  |
| 職稱 |  | 電子郵件 |  |
| **實驗操作** | **□** 不需實際進行實驗 **□** 需要實際進行實驗 |
| **課程日期** | 年 | 月 | 日 | **課程時間** | 上/下午 | : | ~ | : |
| **課程名稱** |  | **課程代碼** |  | **上課人數** | 人 |
| **課程內容** |  |
| **備註** |  |
| **申請人簽名/核章** |  |

**中心填寫：以下欄位由中心人員填寫**

|  |  |
| --- | --- |
|  | 核定編號： |
| 確認流程 | 1. 操作人員 | 管理 / 執行小組 |
| 2. 組 員 | 3. 組 長 |
| 簽/章 |  |  |  |
| 日 期 | 年 | 月 | 日 | 年 | 月 | 日 | 年 | 月 | 日 |
| 🞎 本案須交付管理/執行委員會開會討論 | 開會日期： | 年 | 月 | 日 |
| 審核意見： |